

## DÉVELOPPEMENT DES ADÉNO-MYOMES UTÉRINS DE NATURE INFLAMMATOIRE

Par **André Claisse.**

---

Les tumeurs bénignes de l'utérus reproduisent dans leur structure les divers tissus de l'organe où elles se développent : les unes, de type conjonctif, sont formées des mêmes éléments conjonctifs et musculaires que la paroi de la matrice ; les autres, de type glandulaire, renferment les mêmes formations épithéliales que la muqueuse.

La structure des fibro-myômes est bien connue : les données que nous possédons sur leur développement sont de notion moins courante : nous allons les rappeler en quelques mots avant d'aborder le sujet principal de cet article.

Ce sont principalement les recherches de Pilliet et de Costes qui ont précisé le point d'origine des fibro-myômes utérins.

Les utérus que l'on peut dénommer *fibrogènes* sont atteints de lésions inflammatoires au niveau de leur muqueuse et surtout des vaisseaux de la paroi musculaire ; les phénomènes *d'endo*, de *périvascularite* se manifestent par une prolifération cellulaire très active : des *couronnes* périvasculaires de cellules conjonctives se forment, qui donnent naissance à des prolongements, à des *pointes d'accroissement* ; dans celles-ci apparaissent des néo-capillaires qui constituent de nouveaux centres de prolifération conjonctivo-musculaires.

Nous avons insisté dans notre thèse (1) sur l'évolution de ces fibro-myômes : les uns se développent dans l'épaisseur de

---

(1) *Recherches sur le développement des fibro-myômes et des adéno-myômes de l'utérus.* Paris, 1900, chez Steinheil.

la paroi ; les autres, ayant pris naissance dans les couches sous-muqueuses ou sous-péritonéales, sont refoulés par les contractions du muscle utérin et tendent à faire saillie, à se pédiculiser.

Nous laisserons de côté les polypes glandulaires : ils forment une classe de tumeurs bien connues, se développant nettement aux dépens de la muqueuse utérine, à la suite de lésions inflammatoires.

Mais nous désirons au contraire attirer l'attention sur des tumeurs comparables à ces polypes, habituellement confondues avec les fibro-myômes et qui s'en séparent absolument par leur structure et par certains caractères anatomiques, sur les adéno-myômes interstitiels.

De volume variable, parfois considérable, les *adéno-myômes interstitiels* peuvent constituer une ou plusieurs masses isolées ou, au contraire, donner l'aspect d'une énorme hypertrophie d'une des parois utérines. Leur coloration est d'un blanc rosé, moins claire d'ordinaire que celle des fibro-myômes ; leur consistance est assez molle. Ils se délimitent fort mal d'avec le tissu voisin, méritant le nom de tumeurs infiltrées ; on ne peut les énucléer : ils sont dépourvus de capsule.

En les examinant de près, on voit parfois un grand nombre de petites lacunes punctiformes, culs-de-sac glandulaires qu'il serait d'ailleurs difficile de distinguer, à l'œil nu, de la coupe des petits vaisseaux.

**Histologie.** — Prélevons des morceaux en différents points de ces tumeurs, examinons-les au microscope.

Nous voyons, au milieu des faisceaux musculaires, des flots indépendants les uns des autres, plus colorés, renfermant des culs-de-sac glandulaires.

**LOTS GLANDULAIRES.** — Ils ont une forme, des dimensions variables : souvent elliptiques ou arrondis, ils peuvent présenter un contour irrégulier, émettre des prolongements plus ou moins étendus. Leurs dimensions dépendent du nombre de glandes qu'ils renferment, parfois un seul cul-de-sac, parfois un nombre assez considérable.

Ils sont séparés les uns des autres par des faisceaux musculaires qui les entourent complètement et suppriment toute relation entre eux et avec la muqueuse utérine.

Ces flots renferment deux éléments anatomiques différents :

1° Les culs-de-sac glandulaires. De forme et de dimensions variables, à contour arrondi ou polycyclique, à cavité très faible

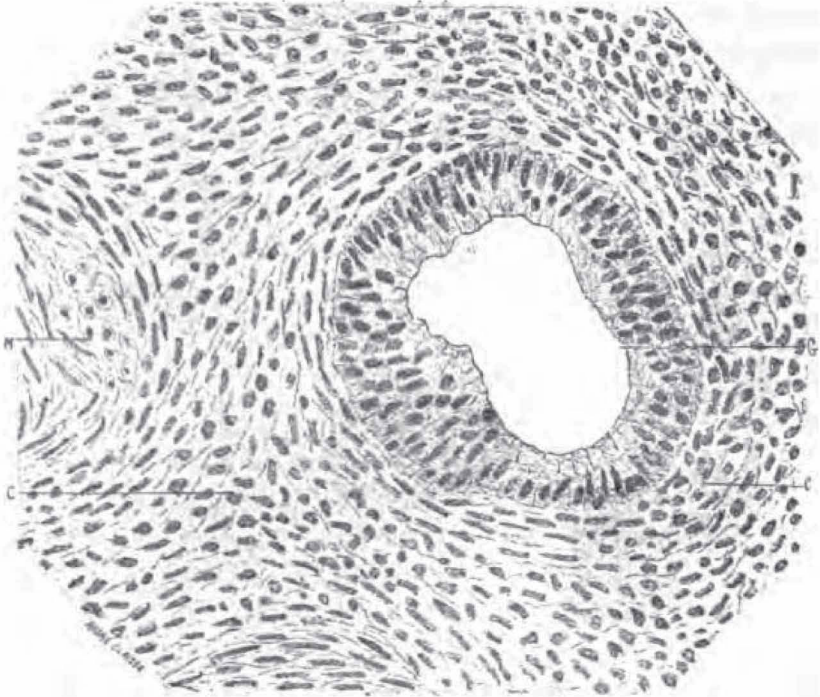


FIG. 1. — Cul-de-sac glandulaire G. entouré de cellules conjonctives C, se transformant à la périphérie en fibres musculaires M. Gr<sup>t</sup> : 300/1.

ou dilatée, ils rappellent les divers aspects que l'on observe dans les endométrites hypertrophiques. La cavité est ordinairement vide, parfois au contraire renferme des débris cellulaires ou un magma amorphe, produit de la sécrétion épithéliale.

L'épithélium de revêtement est essentiellement formé d'une couche de cellules cylindriques élevées, à noyau allongé, rapproché de la base de la cellule. Lorsque la dilatation glandulaire est assez marquée, ces cellules s'aplatissent d'ordinaire,



deviennent presque cubiques. Souvent, au contraire, l'épithélium devient proliférant (fig. 1) : au lieu d'une seule couche, on en voit 2, 3, 4; beaucoup de cellules conservent le type cylindrique, d'autres sont arrondies, cellules de remplacement dont l'accumulation accroît l'épaisseur de cette membrane de revêtement.

2° Les éléments glandulaires baignent dans un tissu connectif aréolaire comblé de cellules nucléées, tissu connectif cytogène. Ces cellules s'orientent d'ordinaire autour des glandes, allongées, imbriquées les unes contre les autres; en s'écartant, elles apparaissent avec leur forme arrondie de cellules embryonnaires.

Au contact des faisceaux musculaires de la périphérie, nous les voyons s'allonger de nouveau; on peut surprendre la transformation de ces cellules fusiformes, conjonctives, en fibres musculaires lisses.

Le contact est donc intime entre l'îlot glandulaire et les faisceaux musculaires.

Les vaisseaux sont en petit nombre au milieu de ce tissu connectif, vaisseaux lacunaires, c'est-à-dire sans paroi propre, autour desquels les cellules connectives s'orientent également.

**TISSU MUSCULAIRE.** — Le stroma de la paroi utérine se retrouve, peu modifié, dans la tumeur dont il constitue la majeure partie. Notons pourtant ce fait, que les faisceaux musculaires sont beaucoup plus denses au pourtour des flots glandulaires: il y a en ce point une formation active de fibres musculaires.

Les vaisseaux du stroma ne sont pas modifiés: nous en retrouvons munis d'une paroi propre, épaisse; d'autres sont lacunaires; quelques-uns s'entourent d'une couronne proliférante. Mais la néoformation cellulaire périvasculaire qui est initiale, capitale, dans les fibro-myômes, est ici secondaire: les vaisseaux ne sont plus que des centres accessoires de prolifération, les centres principaux sont les flots glandulaires.

**LIMITE.** — Nous avons dit que tantôt les adéno-myômes étaient diffus: on rencontre alors des flots glandulaires depuis la muqueuse utérine jusque dans les couches sous-péritonéales.

Tantôt, au contraire, ils sont localisés : on trouve une ou plusieurs tumeurs à limite assez précise. Les coupes qui portent au niveau de cette limite montrent qu'en réalité elle est assez difficile à déterminer.

Nous ne trouvons pas, comme dans les fibro-myômes, une zone capsulaire lâche qui sépare nettement le tissu de la tumeur des faisceaux périphériques. Ici les faisceaux musculaires s'enchevêtrent les uns dans les autres : on s'aperçoit que du côté du néoplasme ils sont plus épais et plus serrés, mais on ne peut établir de ligne de démarcation ; il n'y a pas d'encapsulation.

Ce fait est très important au point de vue opératoire : les adéno-myômes, même localisés, ne peuvent être énucléés.

**Histogénèse.** — Par quel mécanisme se forment les adéno-myômes ?

Le processus est facile à saisir sur les tumeurs diffuses : dans toute leur étendue, on retrouve ces flots glandulaires qui reproduisent absolument la structure de la muqueuse utérine. Au contact de celle-ci nous en voyons qui s'en détachent ; voici comment :

La muqueuse est atteinte de lésions inflammatoires hypertrophiques : sa face profonde, au lieu d'être plane, est très irrégulière ; des glandes s'enfoncent entre les faisceaux musculaires, forment des prolongements parfois très accentués. Un double processus intervient : 1° les canaux excréteurs de ces glandes sont tapissés d'un épithélium épais, proliférant, tendant à l'oblitération de la lumière du canal ; 2° les faisceaux musculaires compriment, pincent le pédicule. Ces deux actions réunies aboutissent à la suppression du point d'attache des prolongements de la muqueuse ; le cap se transforme en flot.

Celui-ci, une fois constitué, s'éloignera peu à peu de son point d'origine, à cause de la néoformation continuelle, à son pourtour, de fibres musculaires.

Cet isolement de portions de la muqueuse est loin d'être rare : dans nombre de cas d'endométrites hypertrophiques, on rencontre de la sorte des petits flots glandulaires aberrants au

milieu des faisceaux musculaires sur lesquels repose la muqueuse.

Dans les adéno-myômes, ce processus est plus actif et plus envahissant. La prolifération continue dans les flots glandulaires ; la néoformation de cellules conjonctives, se transformant en fibres musculaires, est abondante.

De nouveaux flots apparaissent, se séparant des anciens par

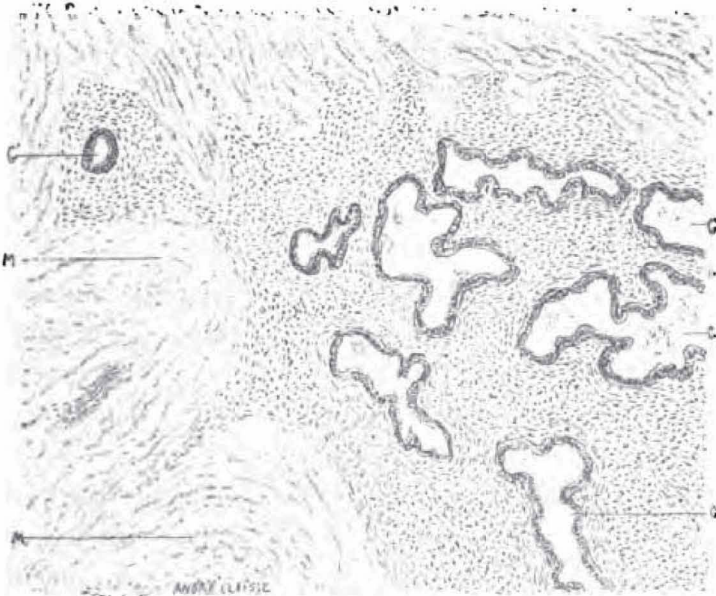


FIG. 2. — Adéno-myôme. Culs-de-sac glandulaires G entourés de tissu connectif ; le cul-de-sac G' se sépare de l'îlot primitif. M : muscle utérin. Gr : 64/1.

un processus analogue à la formation de ceux-ci et que l'on voit nettement dans la figure 2. Un cul-de sac G', entouré de tissu connectif cytogène, est écarté du reste de l'îlot par la pression des faisceaux musculaires ; il se forme un pédicule mince qui ne tardera pas à disparaître ; G' deviendra le centre d'un nouvel îlot qui sera, à son tour, le siège de phénomènes proliférants analogues.

Dans les adéno-myômes diffus, cet envahissement progressif du tissu musculaire par les éléments glandulaires se fait en



nappe, sur une large surface. Dans les tumeurs isolées, la continuité avec la muqueuse, que l'on trouve dans des premiers, n'existe pas ; l'isolement s'est fait pour un groupe de centres, comme il s'est fait au début pour un centre unique.

**Adéno-myômes péri-tubaires.** — Certains adéno-myômes se développent dans les cornes utérines, au pourtour du trajet pariétal des trompes : cette localisation est même assez fréquente. Nous devons insister sur cette variété.

Ces tumeurs ne dérivent pas, en effet, de la muqueuse uté-

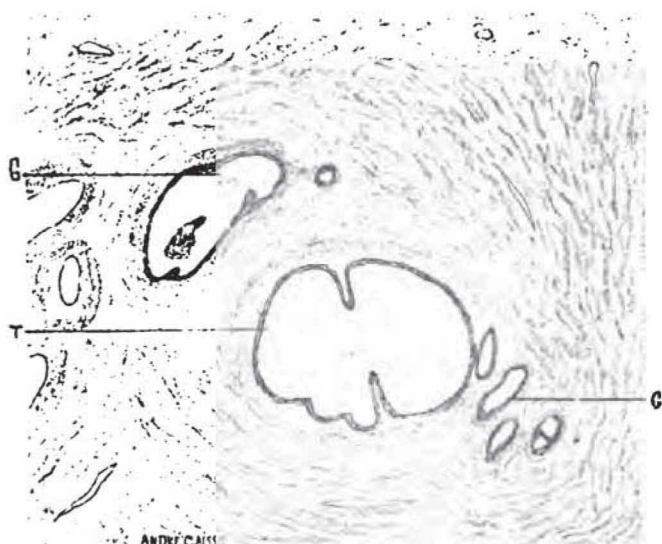


FIG. 3. — Adéno-myôme péri-tubaire. Formation des îlots glandulaires G aux dépens de la trompe T. Gr<sup>t</sup> : 16/1.

rine, mais de la muqueuse tubaire. Or, celle-ci, même dans son trajet intra-utérin, est absolument dépourvue de glandes et on ne conçoit pas, tout d'abord, comment elle peut donner naissance à des adénomes.

Notre figure 3 montre ce qui se passe alors.

Il est assez fréquent de voir, dans les salpingites, des inclusions, d'origine inflammatoire, de l'épithélium de la muqueuse qui, s'isolant dans le tissu connectif, qui prennent absolument l'aspect de culs-de-sac glandulaires. Cet isolement se fait, proba-

blement, par un processus identique à celui que nous avons décrit pour les glandes de la muqueuse utérine. Ici c'est un repli de la muqueuse tubaire dont l'épithélium, proliférant, oblitère la communication avec le canal de la trompe; les éléments conjonctifs voisins envahissent ce pédicule, englobent, repoussent le cul-de-sac ainsi formé.

Celui-ci devient un ~~centre~~ centre inflammatoire de prolifération et, par le fait de ~~celle-ci~~, s'écarte de plus en plus de la trompe

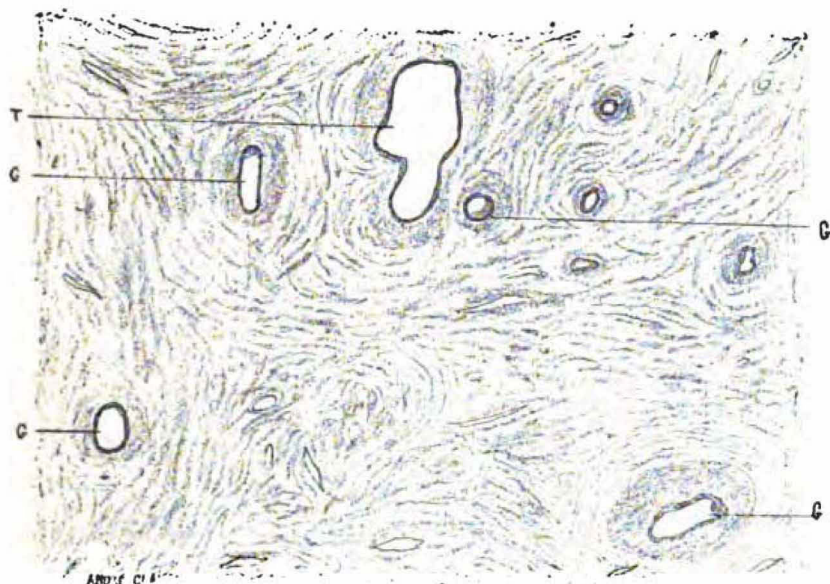


FIG. 4. — Adéno-myôme péritubaire. T, trompe d'où dérivent les centres glandulaires G. Gr<sup>t</sup> : 16/1.

même, son origine. La figure 4 montre cet envahissement progressif des éléments pseudo-glandulaires. Ceux-ci continuent à être environnés du tissu connectif cytogène sous-muqueux. On remarquera qu'ils sont habituellement isolés, et parfois fort dilatés.

**Pathogénie.** — Nous avons rencontré, au cours de cette description des adéno-myômes, des altérations inflammatoires très nettes au niveau de l'épithélium des culs-de-sac aberrants, aussi bien qu'au niveau de la muqueuse de la cavité utérine;



elles se manifestent également par la prolifération conjonctive périglandulaire et, à un moindre degré, périvasculaire. Ces tumeurs sont donc franchement *inflammatoires*.

Nous apportons, comme argument important en faveur de cette nature inflammatoire, ce fait que dans deux de nos observations, l'adéno-myôme utérin s'accompagnait d'une *leucocytose* abondante. Voici les chiffres que nous avons trouvés dans le premier cas :

Globules rouges .....	5.208.000
— blancs.....	13.950
	1
Rapport.....	$\frac{1}{395}$

et dans le deuxième (1) :

Globules rouges .....	4.588.000
— blancs.....	14.466
	1
Rapport.....	$\frac{1}{316}$

Nous sommes loin d'être fixés sur la cause de cette inflammation ; elle a pour point de départ une endométrite ou une endosalpingite : ces lésions sont habituellement de nature microbienne.

Nous n'avons pas, jusqu'ici, de données pathogéniques plus précises.

**Évolution.** — Il semble que les adéno-myômes utérins s'accroissent plus rapidement que les fibro-myômes. Ils se comportent d'ailleurs comme des tumeurs bénignes ; ce sont bien des adénomes et non pas des cancers.

On a observé la transformation kystique, surtout au niveau des cornes utérines ; on a rencontré des tumeurs télangiectasiques.

Les éléments glandulaires peuvent-ils, à un moment, disparaître, étouffés par le stroma conjonctivo-musculaire ; l'adéno-

---

(1) Ces cas sont rapportés en détail dans notre thèse : obs. 37 et 38.

myôme peut-il se transformer en fibro-myôme ? Le fait est possible, mais nous le croyons exceptionnel. Dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, le fibro-myôme a bien une origine et un développement uniquement périvasculaires.

Quant à la dégénérescence cancéreuse, épithéliomateuse, elle existe; elle explique même ces cas, qui semblaient extraordinaires, de dégénérescence cancéreuse de fibromes. Cette dégénérescence ne peut se comprendre que si la tumeur renferme des éléments épithéliaux : ces fibromes dégénérés étaient certainement des adéno-myômes.

**Origine congénitale.** — Après avoir rappelé l'origine inflammatoire périvasculaire des fibro-myômes, nous avons donc indiqué comment se développaient, aux dépens des muqueuses utérine et tubaire, certaines tumeurs adénomateuses, inflammatoires. Tels sont les faits que nous avons observés.

Mais il existe une autre classe de ces tumeurs auxquelles il semble bien qu'on doive attribuer une origine congénitale : Recklinghausen (1) en particulier en a décrit un assez grand nombre qu'il fait dériver de débris du corps de Wolff.

Cet auteur a constaté la présence de tubes glandulaires, revêtus d'un épithélium cylindrique disposé sur une seule couche; ces formations sont rectilignes ou flexueuses et ressemblent aux canalicules urinifères, aux tubes glandulaires du corps de Wolff; ils représentent les canaux collecteurs à épithélium élevé, les canaux sécréteurs à revêtement plus aplati; on y distingue des renflements terminaux, des dilatations portant des branchements où aboutissent les canaux. Ils sont situés au sein d'une masse adéno-lymphoïde semblable à celle de l'utérus.

Certains de ces tubes, comme ceux du corps de Wolff, offrent un épithélium cilié. Nulle part on ne constate d'activité sécrétoire.

D'autres auteurs font dériver ces formations de la partie infé-

---

(1) Voir l'analyse de LABUSQUIÈRE dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1896, 2<sup>e</sup> sem., p. 60.

rieure des conduits de Müller, ou même de ramifications du conduit de Gärtner.

Quoi qu'il en soit, nous devons signaler cette origine congénitale à côté de l'origine inflammatoire. Si nous n'avons insisté que sur cette dernière, c'est que nous devons y rapporter les faits que nous avons pu étudier, les seuls dont nous voulions parler.